



MATAR EL DOLOR, NO AL PACIENTE: CUIDADO PALIATIVO VERSUS SUICIDIO ASISTIDO

El suicidio asistido es radicalmente diferente de la atención al final de la vida y la práctica de los cuidados paliativos.

 @uscpcbprolife*

 @ProjectRachel*

 fb.com/peopleoflife*

*solo en inglés

UNITED STATES CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS
Secretariat of Pro-Life Activities

¡Vea, baje o pida los materiales pro vida de los obispos de EE. UU. en usccb.org/respectlife!**

**Este sitio web está en inglés, pero muchos materiales también están disponibles en español.



El suicidio asistido está en las noticias y en las agendas de los legisladores. Los partidarios lo llaman “ayuda para morir” y afirman que es sólo otra opción para terminar con el dolor intolerable como parte de la atención al final de la vida. Pero el suicidio asistido es radicalmente diferente de la atención al final de la vida y la práctica de los cuidados paliativos, el arte curativo de aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes para los pacientes que están gravemente enfermos. De hecho, estas dos agendas están en guerra entre ellas.

* Diferentes medicamentos, diferentes resultados

Cuando se recetan adecuadamente para el dolor de una enfermedad grave, los analgésicos potentes como la morfina y otros opiáceos son seguros y efectivos. Los pacientes pueden tener su dolor bien controlado sin riesgo para la vida y, en general, también mantenerse alertas.

El suicidio asistido es muy diferente. Donde se ha legalizado, los médicos pueden recetar una sobredosis letal de píldoras a pacientes que creen que morirán dentro de seis meses, para que puedan suicidarse. Luego, el paciente traga intencionalmente una sobredosis masiva de barbitúricos para causar la pérdida del conocimiento y la muerte.

* La importancia de la intención

Además de tener resultados opuestos, estos dos enfoques expresan intenciones diferentes.

Aunque los analgésicos generalmente son seguros bajo supervisión médica, pueden tener efectos secundarios. Por ejemplo, los barbitúricos pueden usarse en raras ocasiones para sedar a un paciente agitado en la etapa de la muerte si otros métodos de control del dolor son inadecuados, aunque esto presenta cierto riesgo de acortar la vida.

En tales casos, el médico y el paciente deben evaluar el bien que intentan y proceder sólo si este bien supera los efectos adversos no deseados. Dado que no siempre se puede eliminar el riesgo, la medicina moderna sería imposible sin este “principio de doble efecto”. La clave es que nadie tiene como intención los malos efectos, especialmente el mal efecto de matar al paciente.

El suicidio asistido, por el contrario, tiene como intención directa la muerte del paciente, lo cual nunca es moralmente permisible. El médico le receta una sobredosis letal intencional, con instrucciones sobre cómo usar las píldoras para causar la muerte. (Curiosamente, no hay constancia de que un paciente que haya sobrevivido accidentalmente a la sobredosis lo haya intentado de nuevo).¹

Las organizaciones médicas como la Asociación Médica Estadounidense y el Colegio Americano de Médicos se oponen al suicidio asistido por un médico, en parte porque destruye esta distinción esencial entre efectos del tratamiento intencionales y no intencionales. Los pacientes deben poder confiar en que sus médicos siempre se preocupan por sus vidas y nunca causan la muerte deliberadamente.

✧ Eliminar el problema, no al paciente

Los cuidados paliativos también abordan los síntomas más allá del dolor físico, de maneras que van más allá de la medicación. Los pacientes que enfrentan una enfermedad grave pueden sentirse desesperanzados y deprimidos, como si sus vidas hubieran perdido significado. Abordar los problemas psicológicos, emocionales y espirituales es esencial para los cuidados paliativos. El suicidio asistido no alivia ninguno de estos problemas, sino que cede ante ellos. Considere que aproximadamente la mitad de los pacientes que habían solicitado el suicidio asistido según la ley de Oregón en sus primeros tres años cambiaron de opinión cuando el médico les proporcionó cuidados paliativos.²

Sin embargo, en Oregón, casi ninguno de los pacientes que reciben medicamentos letales es evaluado para ver si su deseo de morir se debe a una depresión tratable, y más de la mitad dice que solicitaron los medicamentos en parte porque sienten que se están convirtiendo en una "carga" para los demás.³ Ofrecer suicidio asistido sólo puede confirmar y fortalecer ese sentimiento. Ignora los problemas subyacentes, y en cambio abandona y elimina al paciente que tiene los problemas.

✧ El suicidio asistido mina los cuidados paliativos

El suicidio asistido es perjudicial no sólo para los pacientes individuales, sino también para el cuidado de los pacientes a gran escala. En países como los Países Bajos, donde desde hace años se acepta el suicidio asistido, el progreso de los cuidados paliativos se ha estancado.⁴ En Oregón, la legalización fue seguida por un aumento en el dolor severo no tratado entre los pacientes con enfermedades terminales. Durante un período en el que se abrieron 1,832 hospicios en otros estados, sólo se abrieron cinco en Oregón. En otros estados que han legalizado el suicidio asistido, el uso del cuidado de

hospicio ha caído por debajo del promedio nacional.⁵ Por el contrario, cuando los estados promulgan nuevas leyes que prohíben el suicidio asistido, al tiempo que afirman que los médicos pueden usar medicamentos como la morfina para controlar eficazmente el dolor, el uso de estos medicamentos ha aumentado, lo que indica un progreso en las prácticas de control del dolor.⁶

El motivo es obvio. La atención paliativa óptima requiere años de capacitación y experiencia, así como un compromiso con el paciente como alguien con dignidad inherente que merece una atención excelente. El suicidio asistido evita la necesidad de este arduo trabajo y erosiona este compromiso. Proporciona una respuesta "rápida y fácil", así como económica, a una enfermedad terminal. Una vez que se acepta la muerte como una solución, ¿por qué molestarse en dedicar recursos a un progreso médico más costoso?

El suicidio asistido no mejora la medicina. Como señaló un médico especializado en cuidados paliativos y de hospicio en los Países Bajos, matar "se convierte en un sustituto de aprender a aliviar el sufrimiento de los pacientes moribundos".⁷

✧ Amor y misericordia verdaderos

¿Vemos a las personas como el problema, de modo que nuestra responsabilidad comienza y termina con ayudar a los pacientes a suicidarse? ¿O vemos pacientes seriamente enfermos como seres humanos que merecen nuestro amor y soluciones para sus problemas? ¿Sucumbiremos a la "falsa misericordia" del suicidio asistido, o respaldaremos lo que el papa san Juan Pablo II llamó "el camino del amor y la verdadera misericordia"?⁸ ¿Nos dedicaremos a brindar atención genuinamente compasiva, como sociedad y a nuestros propios seres queridos? Nuestra respuesta de hoy determina la atención disponible ahora y en los años venideros.

¹ Doerflinger, Richard M., M.A. "Oregon's Assisted Suicides: The Up-to-Date Reality in 2017." *On Point*, no. 21 (marzo de 2018): 5. <https://lozierinstitute.org/wp-content/uploads/2018/03/Oregon-Assisted-Suicide-The-Up-To-Date-Reality-2017.pdf>.

² Ganzini, Linda, M.D., Heidi D. Nelson, M.D., M.P.H., Terri A. Schmidt, M.D., Dale F. Kraemer, Ph.D., Molly A. Delorit, B.A., and Melinda A. Lee, M.D. "Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act." *The New England Journal of Medicine*, no. 342 (24 de febrero de 2000): 557-63. doi:10.1056/NEJM200002243420806.

³ *Assisted Suicide Laws in Oregon and Washington: What Safeguards?* PDF. Washington, D.C.: United States Conference of Catholic Bishops, 22 de febrero de 2018: 2.5. <http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/upload/suicideoregonfeb2018.pdf>

⁴ *Physician-Assisted Suicide: Threat to Improved Palliative Care*. PDF. Washington, D.C.: United States Conference of Catholic Bishops, 4 de marzo de 2017: 2-3. http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/upload/suicide_palliative_care-2.pdf

⁵ Doerflinger, Richard M., M.A. "The Effect of Legalizing Assisted Suicide on Palliative Care and Suicide Rates: A Response to Compassion and Choices." *On Point*, no. 13 (marzo de 2017): 3. <https://lozierinstitute.org/wp-content/uploads/2017/03/The-Effect-of-Legalization-of-Assisted-Suicide.pdf>.

⁶ *Brief Amici Curiae for the United States Conference of Catholic Bishops, California Catholic Conference, Oregon Catholic Conference, Washington State Catholic Conference; Catholic Health Association of the United States, and Lutheran Church-Missouri Synod as Amici Curiae in Support of Petitioners, Alberto R. Gonzales, U.S. Attorney General, et al. v. Oregon, et al.*, No 04-623, *18-22 (presentado el 9 de mayo de 2005). <http://www.usccb.org/about/general-counsel/amicus-briefs/upload/amicus-sct-gonzales-v-oregon-2005-05.pdf>

⁷ Zylicz, Zbigniew, M.D. "Palliative Care and Euthanasia in the Netherlands." *En The Case Against Assisted Suicide*, 142. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.

⁸ Juan Pablo II, *Evangelium vitae (El Evangelio de la vida)* (Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1995), no. 66-67.

Este artículo ha sido actualizado y abreviado a partir de un artículo de 1998 del mismo nombre del Programa Respetemos la Vida. Extractos de *Evangelium vitae* © 1995 Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano. Utilizados con permiso. Todos los derechos reservados. Foto vía Twenty20/@nodar77. Utilizada con permiso. Todos los derechos reservados. Copyright © 2018, United States Conference of Catholic Bishops, Washington, D.C. Todos los derechos reservados.